

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

75

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MANSOUR SAOUDA

L'érythème paludéen

Président : DEBOVE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

75

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MANSOUR SAOUDA

L'érythème paludéen



Président : DEBOVE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER

ASSESEUR: G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique.	AUGUSTE BROCA
Physiologie.	CH. RICHT
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	N.
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	LETULLE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	N.
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	N.
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale.	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEQUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Hygiène et Clinique de la première enfance.	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Commandeur de la Légion d'honneur

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Paris
Secrétaire Perpétuel de l'Académie de médecine

C'est avec un grand respect et une profonde gratitude que nous évoquons le souvenir de notre Faculté de Beyrouth, de son chancelier le R. P. Cattin et de tous nos maîtres. Nous leur présentons l'hommage de notre reconnaissance.

Nos remerciements vont tout particulièrement à M. le professeur de Brun à qui nous devons en grande partie notre formation médicale. Il fut notre maître, durant quatre années révolues, et nous avons l'honneur d'être toujours son élève.

Nous remercions la Faculté de Paris d'avoir bien voulu nous adopter et nous décerner son diplôme, Nous nous souviendrons toujours de son généreux accueil.

Nous remercions également M. le Dr H. Monnier, assistant du professeur de Brun à l'hôpital militaire de Rueil, pour la bonne grâce avec laquelle il s'est mis à notre disposition, quand il nous a fallu prendre nos observations.

L'érythème paludéen

HISTORIQUE

L'impaludisme sévit sur presque toute l'étendue du globe ; peu de contrées lui échappent. Il fut de tous les temps, et son histoire, déjà vieille, s'enrichit tous les jours de découvertes nouvelles. Hier encore, on ne lui connaissait pas de manifestation cutanée, spécifique du moins. On savait bien, il est vrai, que l'urticaire s'observait au cours de l'impaludisme, et qu'il revêtait parfois une certaine périodicité à la manière des fièvres larvées ; que les accès fébriles pouvaient s'accompagner d'une poussée d'herpès et que le purpura était fréquent dans la cachexie palustre. Mais ce sont là des éruptions qui s'ajoutent à la malaria, sans lui appartenir. Ce que l'on ignorait et ce que mon maître le professeur de Brun a bien mis en lumière, dans un article paru le 11 août 1917, dans *Paris-Médical*, c'est que l'impaludisme tout comme la rougeole et la scarlatine, a une éruption caractéristique qui lui appartient en propre, éruption érythémateuse qui nous paraît devoir être appelée « érythème de de Brun », et qui fera le sujet du présent travail.

DESCRIPTION

L'érythème paludéen peut occuper la totalité du corps, à l'exception du cou, de la face, de la paume des mains et de la plante des pieds. Toutefois, il a une certaine prédilection pour certaines régions, telles que les parties latérales du thorax et de l'abdomen, les cuisses, les genoux et les coudes. Il est formé de petites taches, inégales, de forme souvent arrondie ou ovalaire, mais pouvant être irrégulières, à bords déchiquetés ou en étoiles. Leur dimension est variable, allant de celle d'une tête d'épingle à celle d'un grain de riz ou d'une grosse lentille. Elles ne présentent jamais d'élévure, à la manière des papules; elles sont et restent toujours maculeuses. Et ces taches, sans saillie au doigt, sans changement de consistance, qu'aucun prodrome n'annonce, qui ne sont accompagnées d'aucun symptôme général, ces taches qui ne démangent pas, qui ne desquament pas, n'ont que leur couleur pour révéler leur présence. On les voit venir, on les voit évoluer, on les voit disparaître, et c'est là toute leur symptomatologie. De diverses nuances, leur couleur peut aller du rouge vif au rose pâle, au mauve léger ou au lilas clair.

Elle est souvent rose violacé et peut parfois être franchement violette. Chez les sujets marqués de la mélanodermie palustre (qui ont une pigmentation plus ou moins foncée du visage et du cou, des avant-bras et de la face dorsale des mains et des poignets, qui ont une pigmentation exagérée du mamelon et des organes génitaux et dont la ligne blanche s'est assombrie), la tache s'imprègne de pigments et devient jaune clair, brun fauve ou même bronzée. Mais quelle que soit sa couleur, quelle que soit sa teinte, elle reste dans les tons discrets, et il n'est pas toujours aisé de la voir. Le soir, elle est encore plus pâle que le matin, et il semble qu'en hiver, elle ait une certaine tendance à s'atténuer encore, à moins qu'un dépôt de pigments n'ait rendu la couleur stable et la tache indélébile. Par contre, la chaleur du lit, les rayons du jour, la saison chaude favorisent son apparition ou la rendent plus nette. Et, si, la mettant à nu, la fraîcheur de l'air peut la faire un moment pâlir, si l'application d'un sachet de glace l'anémie un instant pour accroître aussitôt son intensité, si la tache s'efface sous la pression pour revenir bientôt à sa couleur première, c'est parce qu'elle est une hyperémie, un phénomène d'ordre congestif, une simple vaso-dilatation, et que ces artérioles se contractent ou se relâchent sous l'influence d'agents provocateurs.

Un autre phénomène, dû également à un trouble de l'innervation vaso-motrice, accompagne souvent l'érythème paludéen. C'est ce qu'on est convenu

d'appeler la ligne blanche de Sergent. Il consiste dans l'apparition d'une raie blanche sur le tégument qu'on vient d'effleurer de l'ongle. Dans certains cas, l'application de toute la main sur la peau du sujet laisse persister son empreinte en blanc, pendant plus ou moins longtemps.

Voilà la macule paludéenne. C'est elle qui constitue l'érythème de de Brun. Et cet érythème revêt une forme légère, moyenne ou intense, suivant la puissance de ses éléments, discrets ou confluent, fugaces ou persistants, et peut-être aussi suivant que l'éruption est à sa période de début, d'état ou de déclin.

Forme intense. — Sans aucun préambule, sans le moindre symptôme qui l'annonce ou l'accompagne, l'érythème a envahi le paludéen, et il ne s'en doute pas. Inconnue de la face et du cou, l'éruption respecte également le creux de la main et la plante des pieds. Quelques taches lenticulaires, d'inégale grandeur, à bords plus ou moins réguliers, pouvant avoir toutes les teintes du rose, parsèment le tronc à sa partie antérieure et médiane. Et ces taches, non saillantes, qui disparaissent momentanément à la pression, sont encore plus discrètes et plus éparses sur toute l'étendue du dos. Les parties latérales du thorax et de l'abdomen, au contraire, sont comme criblées d'une multitude de points rouge violacé, pouvant rester isolés les uns des autres, mais qui, le plus souvent, se confondent en une rougeur diffuse, dessinant des îlots à contours bizarres, des crois-

sants irrégulièrement infléchis ou des festons plus ou moins découpés. Aux cuisses, les macules sont toujours réunies sans intervalle de peau saine, et forment comme des vergetures, de coloration rouge vineuse, qui s'allongent et s'entrecroisent les unes les autres. C'est encore aux genoux que l'érythème est le plus intense. Les rotules sont comme encerclées d'une véritable auréole vineuse, et, plus souvent encore, couvertes de larges plaques violettes, à contours très déchiquetés. On retrouve ces mêmes éléments à la face postérieure des membres supérieurs, surtout au niveau du coude où ils sont plus nombreux et de teinte plus foncée.

Forme moyenne. — L'éruption se fait toujours sans avertissement, sans fièvre, sans troubles locaux, ni symptômes généraux. Ses éléments ont pour caractères d'être moins nombreux et plus pâles que dans la forme précédente, et de rester toujours dans leur isolement sans jamais se toucher par leurs bords. On voit ainsi apparaître, sur la partie antérieure du tronc et sur sa face postérieure des macules lenticulaires, inégales et disséminées, de couleur rose pâle. Sur les parties latérales de la cage thoracique, ainsi que sur les hypochondres, leur nombre augmente, leur teinte se fonce et leur dimension diminue. L'éruption se continue sur les fesses et les cuisses, et la région rotulienne présente, sur un fond de coloration normale, un pointillé d'un rose mauve très léger. Les membres supérieurs participent également à l'éruption ; les bras et avant-bras portent,

sur leur face postérieure, des taches d'autant plus discrètes et effacées qu'elles s'éloignent du coude.

Forme légère. — Elle est la plus répandue et la plus fréquente en hiver. Elle est aussi discrète que silencieuse, et compte quelques rares macules, 20 à peine, d'un rose lilas très clair, éparpillées çà et là sur le tégument, mais de préférence sur les parties latérales du tronc et la face externe des bras et des cuisses. Il faut les chercher avec soin, car, planes qu'elles sont, et de teinte si pâle, elles ne tranchent guère sur la peau qui les porte.

Est-ce là un érythème avorté ? Est-ce le dernier vestige d'une éruption qui s'éteint ou le prélude d'une poussée nouvelle ?

ÉVOLUTION

L'érythème paludéen procède le plus souvent par poussées successives, survenant à quelques semaines, à plusieurs mois, et peut-être aussi à des années de distance. Tant que l'infection palustre est installée dans l'économie, on peut voir apparaître, disséminées sur le tronc et les membres, quelques macules de coloration rosée ; puis d'autres apparaissent à leur tour, nombreuses et confluentes (telles que nous les avons décrites dans la forme intense de l'érythème paludéen). Cette éruption est parfois très fugace, durant à peine un jour. Le plus souvent, elle persiste deux à trois semaines, avec éclipses totales ou partielles et oscillations dans sa teinte qui s'accuse ou s'adoucit avec les heures du jour. Puis l'éruption disparaît subitement ou par éclaircissement progressif de ces taches (constituant ainsi la forme moyenne de l'érythème paludéen). Et avant que l'éruption ne se soit complètement éteinte, pendant qu'il en reste encore quelques rares et fugitives macules d'un rose extrêmement pâle (celles de la forme légère de l'érythème paludéen), une nouvelle poussée peut survenir, faite de nombreux éléments, ayant tendance à la confluence et le cycle recommence.

ÉTIOLOGIE

L'érythème est une des manifestations les plus fréquentes de l'impaludisme. Des recherches postérieures à son mémoire permettent à M. de Brun d'admettre que l'infection palustre s'accompagne toujours d'une ou de plusieurs poussées éruptives. On les observe dans les cas bénins, comme dans les cas graves ; qu'il s'agisse d'une fièvre intermittente, rémittente ou pernicieuse, de cachexie palustre ou de fièvre larvée ; que la maladie soit en pleine évolution ou à l'état latent ; qu'elle soit récente ou de vieille date ; associée ou non à d'autres infections ; qu'elle présente des lésions viscérales ou qu'elle soit indemne de toute altération organique. La présence des hématozoaires dans le sang, tout comme leur disparition, ne semble pas avoir d'influence sur l'érythème. L'éruption a lieu que l'examen du sang soit positif ou négatif, qu'on ait affaire à des corps sphériques, en rosace ou en croissant, qu'il s'agisse d'un *plasmodium vivæ*, *malariæ* ou *præcox*, que le parasite soit européen, africain ou asiatique, originaire de Macédoine, du Sénégal ou du Tonkin, qu'il ait été combattu ou non par les sels de quinine et les arsénicaux. En un mot, il suffit d'être paludéen, pour prétendre à cet érythème.

DIAGNOSTIC

L'érythème de de Brun n'a aucun symptôme pathognomonique, mais il présente un tableau clinique spécial qui lui appartient en propre et qui permet dans certains cas de décèler une infection palustre qui pourrait passer inaperçue. Témoin le cas d'un Syrien, ayant séjourné quelques temps en Guinée française, et qui vient soigner à Paris une anémie de vieille date. Il a beaucoup maigri et sa teinte est terreuse. Il se plaint d'une lassitude constante et de fréquentes palpitations. Il est essoufflé au moindre effort et souffre de temps à autre d'une névralgie faciale. M. de Brun, qui l'examine, ne lui trouve aucune lésion organique pouvant expliquer son état, mais il découvre chez lui, en leur endroit de prédilection, quelques taches de l'érythème paludéen et le diagnostic est fait.

J'ai été appelé dernièrement auprès d'un malade de trente-huit ans pris d'un épistaxis d'une intensité inquiétante. Il est sujet au saignement de nez et c'est ainsi qu'il explique son teint terreux. Tout mon mal est là, me dit-il, en me désignant son foie gros et sensible. Il n'avait rien ailleurs d'anormal, mais il

présentait, sur tout le tronc, et plus particulièrement sur les flancs, des taches disséminées de la grosseur d'une lentille, à bords plus ou moins réguliers, et de couleur brun foncé, légèrement bronzé ; et ce malade traité pour une cirrhose est un paludéen qui a fait sept ans de Cochinchine et qui a dû renoncer aux colonies du fait de son impaludisme.

Le diagnostic de cet érythème est facile à qui connaît notre description. Il serait malaisé de le confondre avec les différentes éruptions que nous allons passer en revue.

L'exanthème de la rougeole est annoncé par de la fièvre et de l'inflammation des muqueuses oculaire, nasale et laryngée. Il débute par la face où il est autour des lèvres et au front, et met quarante-huit heures pour envahir la totalité du corps. Il est formé de petites saillies, légèrement papuleuses et de couleur « vieux rose ».

Le cinquième jour, l'exanthème fait place à une desquamation furfuracée, en même temps que la température s'éteint.

L'érythème paludéen n'a pas de période d'invasion. Il peut survenir en plusieurs poussées, mais chacune d'elles envahit en un temps les parties qu'elle doit intéresser. Il respecte toujours la face et le cou et ses éléments, de teinte plus effacée, sont maculeux et n'offrent aucune élévation. Aucun phénomène général ne l'accompagne. Sa durée est indéterminée et quand il disparaît, il ne laisse après lui aucune desquamation.

L'éruption de la rubéole est précédée d'un catarrhe oculo-nasal. Elle envahit d'abord la face où elle revêt l'aspect d'une rougeole, tandis qu'elle emprunte à la scarlatine les larges placards qui couvrent le tronc et la racine des membres. Elle est ordinairement prurigineuse, fébrile et accompagnée d'angine et d'engorgement des ganglions jugulaires et subauriculaires. Il n'en reste le cinquième jour qu'une desquamation furfuracée. Les symptômes de la période d'invasion, le début par la face, les caractères de l'éruption, les démangeaisons qu'elle provoque, l'angine, l'adénite et les phénomènes fébriles, sa durée de cinq jours et la desquamation qui lui succède n'ont rien de commun avec l'éruption paludéenne.

Le rash apparaît au milieu de violents frissons, d'une fièvre intense, de céphalalgie et de douleurs lombaires atroces. On le trouve de préférence aux aînes et à la racine des membres, sous forme, le plus souvent, d'un exanthème diffus, érythémateux, rappelant celui de la rougeole et de la scarlatine. L'éruption paludéenne n'a ni cet aspect, ni ce début, ni ce cortège de symptômes. Encore un ou deux jours, et le rash fait place à l'éruption variolique.

L'éruption de la variole apparaît d'abord à la face, surtout sur les lèvres et le menton. Elle est constituée à cette période par des petites taches rouges, mais déjà on leur distingue une petite élevation centrale qui deviendra vésicule en moins de deux jours. La tache paludéenne est plane, jamais acuminée et res-

pecte toujours la face. Son apparition n'amène aucune perturbation de l'état général.

La varicelle débute par une légère élévation de température et par l'éruption en plusieurs poussées, de petites taches rouges et arrondies qui se soulèvent en un jour et forment des vésicules claires et transparentes ou de bulles remplies d'un liquide trouble.

L'éruption de la scarlatine apparaît d'abord sur le cou, le thorax et le ventre et se généralise ensuite sans égards pour la face et les doigts. Elle se réduit quelquefois à un pointillé très fin, rouge et non saillant, mais elle est faite, en général, de plaques rouge vif, sur lesquelles se détache un piqueté de points violacés. Son siège à la face et au cou ; sa teinte « rouge écarlate », les démangeaisons, plus ou moins vives, qui l'accompagnent ; l'angine, l'adénopathie et la fièvre à type continu qui ne font jamais défaut ; la desquamation qui lui fait suite ; voilà ce qu'on ne trouve pas dans l'érythème paludéen.

La quatrième maladie de Dukes a déjà son diagnostic établi au sujet de la rubéole et de la scarlatine.

Les éruptions vaccinales peuvent être de toutes les couleurs et revêtir maintes formes. Elles débutent toujours autour du vaccin et c'est de là qu'elles peuvent s'étendre au cou, aux bras et à tout le corps. Elles sont prurigineuses et coïncident souvent avec un état général plus ou moins grave.

Les taches purpuriques sont petites et arrondies, discrètes et confluentes, de couleur d'abord hémor-

ragique, puis successivement vineuse, violette, verte, jaune chamois et elles disparaissent. Ce qui les caractérise de l'érythème paludéen, c'est qu'elles sont proéminentes, ne s'effacent ni à la pression du doigt, ni à la distension de la peau, et que souvent, elles coïncident avec des hémorragies des muqueuses.

La dothiènerie est marquée, en général, sur l'abdomen et le thorax de taches rosées, lenticulaires, ayant 3 à 5 millimètres de circonférence. Mais ces taches sont papuleuses, appréciables au toucher, et il s'agit d'un malade qui a tout le cortège d'une fièvre typhoïde qui commence.

L'éruption de la dengue se fait au début, au cours ou à la fin de la maladie. Elle est variable comme aspect et comme distribution. Souvent d'un rouge vif, ses éléments sont maculeux, mais peuvent être franchement papuleux. Elle persiste en général trois à quatre jours et fait place à une desquamation prolongée et prurigineuse.

La roséole syphilitique apparaît deux à trois mois après la contagion. Elle est assez discrète et formée de petites macules rondes ou ovalaires, d'un rose pâle, s'effaçant sous le doigt, qui deviennent papuleuses, de couleur cuivrée et persistant à la pression. Le souvenir du chancre ou la cicatrice qui le rappelle, les plaques muqueuses concomitantes, l'insomnie fréquente, la céphalée à exacerbations nocturnes, l'engorgement des ganglions rétro-cervicaux, l'Argyll-Robertson précoce, l'examen cytol-

gique du liquide céphalo-rachidien permettent le diagnostic.

La roséole saisonnière est constituée par de petites taches arrondies, assez régulières, d'un rose pâle, distinctes les unes des autres, et faisant une légère saillie. Elles surviennent après un ou deux jours de fièvre et de troubles généraux légers et provoquent des démangeaisons vives et cuisantes, inconnues de l'érythème paludéen.

La roséole pudique qu'on constate à la partie antérieure de la poitrine, aux épaules et au dos est un trouble vaso-moteur dû à l'émotion et n'est que passagère.

L'éruption sérique est faite de taches rouges, planes ou plus souvent légèrement saillantes, isolées les unes des autres ou réunies en placards à contours irréguliers. Leur diagnostic est d'autant plus facile qu'on a connaissance de l'injection du sérum et que l'éruption souvent papuleuse est toujours accompagnée de démangeaisons et de phénomènes généraux.

Les éruptions alimentaires sont parfois érythémateuses, mais les autres symptômes de l'intoxication alimentaire prédominent et tranchent le diagnostic.

Les éruptions professionnelles varient suivant les sujets et surtout les substances irritantes inhérentes à l'exercice de chaque métier. Elles ont en général pour localisation initiale et principale les régions découvertes. Les mains sont le plus souvent atteintes; puis viennent la face, le cou et les membres inférieurs. Il s'agit rarement de petites taches arrondies

et distinctes. L'éruption est plutôt diffuse, plaquant les parties exposées aux contacts nocifs. Elle est saillante, reposant parfois sur un œdème inflammatoire et présentant parfois des vésicules et des pustules. Nous sommes loin des caractères topographiques et morphologiques de l'érythème paludéen.

Les éruptions médicamenteuses sont de divers types et peuvent revêtir l'aspect de plaques rouges légèrement saillantes. Le plus souvent, elles affectent la forme d'une roséole plane ou papuleuse, avec ou sans démangeaisons, et ne respectant pas toujours la face. L'enquête étiologique facilite le diagnostic.

Mais il est des médicaments, tels que la quinine, les arsenicaux et l'antipyrine qu'on administre copieusement à tout paludéen. Il ne faut pas confondre l'éruption qu'ils peuvent déterminer avec l'érythème de de Brun.

Les sels de quinine provoquent assez fréquemment un érythème fugace à caractère rubéoliforme ou scarlatiniforme qui peut être généralisé ou non, mais qu'on trouve toujours à la face. L'érythème de de Brun n'a rien à voir avec la quinine. On l'a observé dans des cas où la quinine n'avait pas été administrée depuis plusieurs semaines, et on l'a vu diminuer d'intensité et même guérir sous l'influence de la quinine.

Les arsenicaux favorisent quelquefois l'apparition du zona et peuvent déterminer la production sur le tégument de macules pigmentaires de couleur sombre et persistante. Les érythèmes consécutifs

aux injections d'arsénobenzol viennent d'être étudiés par M. Milian. Ils sont en général érythémateux, du type scarlatiniforme, ortié ou morbilliforme et durent en moyenne cinq à sept jours. Ces éruptions, contrairement à l'érythème de de Brun, sont toujours accompagnées de troubles locaux et de phénomènes généraux. La fièvre ne fait jamais défaut.

L'antipyrine provoque l'apparition d'un érythème en plaques petites et irrégulières, discrètes ou confluentes en de larges placards. Mais cet érythème est légèrement surélevé ; il démange et desquame très souvent, et coïncide avec des symptômes généraux plus ou moins alarmants.

TRAITEMENT

Le traitement de l'érythème de de Brun est plutôt causal. C'est aux hématozoaires du sang qu'il faut avoir affaire. Ce sont eux qui, directement ou indirectement, déterminent l'éruption. Eux enrayés de l'économie, il y a des chances pour que les différents éléments éruptifs disparaissent, à moins qu'imprégnés de pigments, ils ne soient appelés à persister.

La quinine et l'arsenic sont à la base de cette thérapeutique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

G. J..., vingt-sept ans, terrassier, soldat au 44^e d'infanterie Envoyé à Salonique en juin 1916, il contracte l'impaludisme un mois après son arrivée. Il rentre en France le 10 février 1917 et le 28 avril, il est hospitalisé à Rueil.

Son foie est hypertrophié. Sa rate est grosse et devient douloureuse lors des accès. L'examen du sang est négatif, mais on découvre chez lui une éruption faite de petites taches rosées, d'environ 2 millimètres de diamètre, planes et se continuant avec la peau. Elles pâlisent sous la pression du doigt et sont accompagnées de la ligne blanche de Sergent. Elles parsèment la partie antérieure et postérieure du thorax, ainsi que la paroi abdominale. Elles sont plus nombreuses et de teinte légèrement plus foncée sur les parties latérales du tronc où elles forment, par leur groupement, des arborisations et des croissants, donnant à l'éruption un aspect morbiliforme, mais sans aucune élévation de ses éléments. L'éruption se prolonge sur les cuisses, sous forme de traînées rouge sombre, et elle couvre les genoux d'une plaque violette à bords très déchiquetés.

tés. Les membres supérieurs présentent, au niveau du coude, une légère marbrure d'un mauve pâle.

L'érythème a duré une quinzaine de jours et a disparu par éclaircissement progressif de ses éléments.

OBSERVATION II

P. D..., vingt-neuf ans, menuisier, 13^e bataillon de chasseurs. Débarqué le 22 octobre 1915 à Salonique, il a son premier accès paludéen à Karassouli, le 27 aout 1916 et est rapatrié trois mois après. Le 2 mai 1917, il entre à Rueil.

Pas d'hypertrophie de son foie, et sa rate ne débord pas les fausses côtes. L'examen du sang est négatif, mais le sujet est en imminence de rechute et il revêt une éruption extrêmement discrète. Quelques macules d'un mauve très pâle existent au niveau des flancs, d'autres sur la paroi abdominale. La partie latérale de la cage thoracique présente certaines taches, de couleur plus foncée, ayant la teinte chamois et s'effaçant difficilement à la pression. Elles sont comme pigmentées et coïncident avec une tendance du sujet à la mélanodermie, perceptible au niveau des aréoles du mamelon et de la face palmaire des mains.

OBSERVATION III

O. L..., quarante ans, chasseur, 55^e régiment territorial. Il arrive à Salonique en mai 1916. Il devient paludéen à Isoor, le 30 juin 1916. Rapatrié en octobre de la même année, il entre à Rueil le 4 mai 1917.

Son foie est hypertrophié et légèrement sensible. Sa rate est grosse et douloureuse. L'examen du sang révèle une tierce maligne. Il est traité successivement par des injections intra-veineuses de quinine et de novarsénobenzol.

L'éruption à peine perceptible à l'entrée du malade, devient très nette le 26 juin 1917, à la suite d'un malaise qui avait semblé annoncer un accès qui ne se produisit pas. Sur tout le thorax et l'abdomen apparaissent des taches roses, maculeuses, les unes rondes, les autres plus ou moins ovalaires. Ces taches sont plus nombreuses encore, et de couleur plus foncée, sur les hypochondres où elles forment, par leur réunion, des rougeurs diffuses, découpées en carte de géographie. Aux membres supérieurs, l'érythème est très prononcé sur la face postérieure des bras et avant-bras; les coudes présentent une coloration franchement violette. Des marbrures d'un rouge vineux s'étendent sur les cuisses et couvrent les genoux.

Vingt jours après, il ne restait plus de cette éruption que quelques macules au niveau du rebord des fausses côtes. Ces macules disparaissaient bientôt à leur tour.

OBSERVATION IV

R. P..., vingt-huit ans, chauffeur, 20^e escadron du train. Parti en mai 1916 à Salonique, il a son premier accès de fièvre à Guevgueli le 21 juillet 1916. Il retourne en France en mars 1917 et, le 7 mai, il est hospitalisé à Rueil.

Son foie, légèrement hypertrophié, est à peine sensible à la pression. Sa rate ne déborde pas le rebord des fausses côtes. L'examen du sang est négatif. Mais on découvre chez lui, dis-

séminées, sur la poitrine et le dos, des petites macules, d'un rose clair, s'effaçant un moment à la pression et séparées les unes des autres par de grands intervalles de peau saine. On retrouve ces taches un peu plus foncées et beaucoup plus nombreuses sur les parties latérales de l'abdomen. L'éruption est encore plus intense aux genoux qu'elle crible de toutes petites taches violacées, serrées les unes contre les autres, mais sans arriver à la confluence.

OBSERVATION V

G.-F., vingt-trois ans, marchand ambulant, 2. R. M. A.

Envoyé à Salonique en octobre 1915, il contracte en arrivant l'impaludisme. Il rentre en France en avril 1916, et le 7 mai 1917, il est hospitalisé à Rueil.

Son foie est volumineux et sensible, la rate est grosse et devient douloureuse au moment des accès. L'examen du sang est négatif.

Tout le tronc, et plus particulièrement ses faces latérales, est parsemé de petites taches lenticulaires, à bords plus ou moins réguliers, de couleur brun foncé, légèrement bronzé, que la pression ne fait guère pâlir. Ces mêmes taches se retrouvent aux membres supérieurs, de préférence au niveau du coude où elles sont très nombreuses. Sur les cuisses, elles sont nettement violettes et forment de grosses marbrures limitant d'assez gros îlots de peau saine. Cet aspect s'étend sur les jambes, les rotules étant couvertes d'une peau plaquée d'un violet sombre.

Le sujet présente en outre une tendance marquée à la méla-

moderne qui explique la pigmentation de certains éléments de son érythème. Les mamelons, la verge et les bourses sont de couleur sombre. Ses mains sont pigmentées sur leur face dorsale et au niveau de leurs articulations. Leurs plis de flexion sont comme sales et tranchent sur la blancheur palmaire.

OBSERVATION VI

S. N., trente et un ans, tailleur, 44^e régiment d'infanterie. Expédié à Salonique en novembre 1915. Il est pris de dysenterie amibienne en décembre et le 14 janvier 1916, il a son premier accès paludéen à Gumendzé. Il est rapatrié en septembre 1916 et le 8 mai 1917, il entre à l'hôpital militaire de Rueil.

Sa rate et son foie sont gros. L'examen du sang est négatif, mais il a un érythème très prononcé.

L'éruption siège, dans toute son intensité, sur la partie latérale du tronc, depuis l'aisselle jusqu'à la crête iliaque. Elle s'éclaircit à mesure qu'elle se rapproche de la ligne médiane où elle n'existe plus. Elle est symétrique, mais semble plus accusée à gauche. Elle est constituée par des éléments maculeux, de 3 à 4 millimètres de diamètre, ayant une teinte rose, légèrement violacée, que la pression du doigt fait pâlir un moment. Sur les flancs, ces taches sont agglomérées et dessinent des arabesques. On retrouve le même érythème avec ses courbes polycycliques et enchevêtrées sur les fesses et à la face externe et postérieure des cuisses et des jambes. Les bras et avant-bras participent à l'éruption, surtout intense à leur face interne.

Le sujet présente en outre la raie blanche de Sergent et l'application de la main laisse persister sur le tégument son empreinte en blanc, pendant plus ou moins longtemps.

OBSERVATION VII

P.-R., trente et un ans, terrassier, 13^e bataillon de chasseurs. Reste à l'armée de Salonique du 10 novembre 1916 au 23 janvier 1917. Son premier accès de fièvre le surprend en Champagne, le 3 mai 1917. Il est hospitalisé à Rueil, le 10 mai 1917.

Le foie est légèrement hypertrophié. La rate est grosse et sensible. L'examen du sang révèle une tierce bénigne.

En découvrant le malade, on lui trouve un aspect truité de la peau. Le tégument est marqué au niveau du grand pectoral, des dorsaux et surtout de la région iliaque, de petites taches violacées, de la grosseur d'une tête d'épingle, rondes ou étoilées, sans aucune saillie, et s'effaçant à la moindre pression. On retrouve les mêmes taches, isolées et éparées, sur toute la hauteur des cuisses et des jambes, ainsi qu'aux bras et aux avant-bras.

Le malade présente, en outre et dans toute sa netteté, la ligne blanche surrénale.

OBSERVATION VIII

M. J., trente-huit ans, cultivateur, service automobile.

Reentre en France le 3 octobre 1916, après un séjour de

onze mois en Macédoine. Il n'est pris d'accès que le 15 février 1917 et il est hospitalisé à Rueil, le 30 mai 1917.

Foie et rate hypertrophiés et douloureux lors des accès. Signe de la ligne blanche très marqué. Eruption très discrète sur le tronc d'une vingtaine de macules, petites et arrondies, d'un rose extrêmement pâle, à peine perceptible et que la moindre pression fait disparaître.

27 juillet. — Le malade attire l'attention sur une nouvelle poussée éruptive, faite de petites taches rose violacé, arrondies et maculeuses, d'autant plus serrées, qu'on se rapproche des flancs ou de la région axillaire. L'éruption a également envahi les membres supérieurs sous forme de petites macules de couleur rouge vineux, surtout abondantes au niveau du coude. Les fesses, les cuisses et les jambes portent une multitude de petites taches violettes qu'on trouve plus nombreuses encore et très serrées sur les deux genoux.

Deux mois après, l'éruption a complètement disparu.

OBSERVATION IX

K. H., trente-quatre ans, boucher, 3^e zouave.

Il est rentré en Tunisie de mars 1915 jusqu'en juin 1917. Son premier accès paludéen date du 13 avril 1917. Il entre à Rueil, le 10 juillet 1917.

Rate et foie volumineux. L'examen du sang, d'abord négatif, dénonce le 21 juillet une tierce maligne.

Le malade a gardé longtemps une éruption très légère qui s'éteignit un jour pour ne plus réparaître. Elle était formée de toutes petites macules, d'un rose extrêmement pâle, que la

moindre pression faisait disparaître, ces taches étaient éparpillées sur tout le corps, sauf à la face, au cou, à la paume des mains et à la plante des pieds. Elles siégeaient de préférence au niveau des fausses côtes et sur les hypochondres.

OBSERVATION X

G.-C., vingt-trois ans, chauffeur, 1^{er} régiment d'artillerie de campagne. Il n'a jamais quitté la France. Le 3 avril 1916, il est pris d'un accès paludéen. Le 5 février 1918, il est hospitalisé à Rueil.

Foie et rate : gros et sensibles. Examen du sang : tierce bénigne. Le signe de Sergent est très accentué.

L'éruption est étendue sur toute la paroi latérale du tronc, tant au niveau du thorax que de l'abdomen. Ce sont des taches saillantes, de la grandeur d'un grain de riz ou d'une lentille et de couleur rose violacé. Elles sont isolées par endroits et se réunissent ailleurs pour former des îlots à bords déchiquetés ou des croissants plus ou moins infléchis. Elles forment sur les cuisses des traînées qui s'entrecroisent en un réseau très lâche où l'on découvre de larges espaces de peau saine. Une auréole d'un rouge vineux encercle chacune des deux rotules. De l'aisselle au coude, le tégument est comme marbré par l'éruption.

CONCLUSIONS

1° L'impaludisme s'accompagne d'une éruption qui lui est spécifique ;

2° C'est un érythème qui peut occuper la totalité du corps, à l'exception de la face, du cou, de la paume de la main et de la plante des pieds. On le trouve, de préférence, sur les parties latérales du tronc et au niveau des genoux et des coudes. Il est formé de petites macules rosées, discrètes ou confluentes, qui s'effacent à la moindre pression. Ces taches ne sont accompagnées ni de troubles locaux, ni de phénomènes généraux, et aucun prodrome n'annonce leur apparition ;

3° L'éruption procède en général par poussées successives, ses éléments sont parfois fugaces, mais leur durée moyenne est de trois à quatre semaines. Ils ne laissent après eux aucune desquamation ;

4° Chez les sujets à mélanodermie palustre, les taches érythémateuses peuvent se pigmenter. Elles ne pâlisent plus alors à la pression, et elles ont tendance à devenir indélébiles ;

5° Tant que l'infection palustre est installée dans l'économie, qu'elle soit récente ou de vieille date, en

pleine évolution ou à l'état latent, elle peut provoquer l'apparition de cet érythème ;

6° L'érythème est dû à un trouble de l'innervation vaso-motrice, et ce sont les hématozoaires qui, directement ou indirectement, en sont la cause ;

7° L'érythème paludéen est facile à diagnostiquer. Ses caractères morphologiques et sa topographie permettent de le différencier des autres éruptions et de décélérer parfois une infection palustre qui pourrait passer inaperçue ;

8° Le traitement est causal. Détruire les hématozoaires dans l'organisme, c'est enrayer la raison de l'érythème.

Vu : le Doyen
ROGER

Vu : le Président de la thèse,
DEDOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
POINCARÉ

